Lane Medical Library

Die manuelle Entfernung der Plazenta nach der Geburt reifer und frühreifer Früchte;

Casuistik aus der Marburger Entbindungsanstalt von 1883 bis 1899.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt der

Hohen medicinischen Falkultät der Universität Marburg

von

Otto Karl Eisenberg,
approbierter Arzt aus Minden in Westf.

---

16. Juni 1900.

Marburg
Buchdruckerei Fr. Sömmering
1900.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/diemanuelleentfe0000vari

Meinem lieben Onkel George

in dankbarer Verehrung gewidmet.

Von jeher ist das manuelle Eingehen in den Gebärschlauch zur Zeit der Nachgeburtsperiode als einer der gefährlichsten und folgenschwersten Eingriffe auf dem Gebiete der Geburtshilfe gefürchtet worden, und vor Einführung des Credé'schen Verfahrens überliess man lieber die Ausstossung der Secundinae der Zeit und liess die Nachgeburt, falls sie nicht spontan geboren wurde, ruhig im Gebärschlauch liegen, freilich mit der Gefahr der Sepsis, als dass man dieses Schreckgespenst durch ein Eingehen mit der Hand mit fast absoluter Sicherheit heraufbeschwor. Handelte es sich um eine lebensgefährliche Blutung, so war man zwar zum Eingehen mit der Hand gezwungen, aber der Prozentsatz der infolge dieser Manipulation zu Grunde gehenden Frauen war ein ganz enormer.

Mit Recht glaubte deshalb Credé,[1]) durch seinen Vorschlag die Secundinae allein durch äussere Handgriffe herauszubefördern,[2]) viel gewonnen zu haben, und sein Verfahren wurde von allen Seiten mit dem lebhaftesten Beifall begrüsst, da durch dasselbe auf einfache Weise und zu beliebiger Zeit die Nachgeburtsperiode beendet werden zu können schien, ohne der Frau dadurch einen Schaden zuzufügen.

Freilich ging Credé zu weit, wenn er vorschlug, durch einen Eingriff jede, auch eine normale Nachgeburtsperiode

---

[1]) M. f. G. Bd. 17 S. 179. Credé, Kl. Vorträge über Geburtshilfe Berlin 1854. S. 599 u. flg. M. f. G. 1861 Bd. 17 S. 285 u. flg.

[2]) Keibmeyer, Die Technik der Massage. Wien 1884. S. 49. A. f. G. 1884 Bd. 23, S. 304. — A. f. G. Bd. 17, S. 261.

in jeder beliebigen Weise abkürzen zu können, ja es sogar für das Zweckmässigste hielt die Expression der Plazenta sofort an die Geburt des Kindes anzuschliessen.[1]) Aber dieser Irrtum war eine Folge der in damaliger Zeit noch äusserst mangelhaften Vorstellung von den physiologischen Vorgängen bei der Nachgeburtslösung und deren Ausstossung. Es stellte sich auch bald eine Reihe übler Folgen dieser allzuschnellen und forcierten Entfernung der Plazenta ein; besonders waren es Blutungen und Zurückbleiben von Plazenta- und Eihautresten und die Folgezustände dieser Abnormitäten, als Fieber im Wochenbett, Spätblutungen etc.[2])

Wenn auch S. B. Schultze schon Ende der 50er Jahre in seinen Tafeln[3]) eine nahezu richtige Vorstellung von dem Lösungs- und Ausstossungsmodus der Plazenta gehabt hat, eine Darstellung, die sich mit der Bandeloque's ziemlich deckt, wonach die Plazenta bei der nach Geburt des Kindes erfolgenden Contraction der Uterusmuskulatur sich in dem Teil zuerst löst, der am wenigsten fest mit der Decidua verbunden ist, das ist der mittlere Teil, während sich die ziemlich festhaftende Randzone noch nicht loslöst, dass sich dadurch das retroplacentare Hämatom bildet und dass dieser Bluterguss die Plazenta nach innen umstülpt, sodass sie mit der fötalen Fläche voran geboren wird, so ist es doch das Verdienst Ahlfelds, diese Theorie der Plazentarlösung durch zahlreiche Einzeluntersuchungen[4]) zu Ansehen gebracht zu haben, gegenüber dem gleichzeitig von Duncan aufgestellten Modus, wonach sich die Plazenta nicht im Centrum zuerst löst und sich also auch kein retroplacentares Hämatom bildet, wonach sich vielmehr die Placenta in der Längsrichtung

---

[1]) M. f. G. Bd. 17, S. 279. — Credé, Kl. Vorträge über Geburtshilfe. Berlin 1854. S. 599 u. flg. — M. f. G. 1861 Bd. 17, S. 285 u. flg.

[2]) Ahlfeld, L. d. G. S. 144.

[3]) Wandtafel zur Schwangerschafts- und Geburtskunde.

[4]) Ahlfeld, Lehrb. d. Gebh. S. 110. — Pflugk, Die Resultate der abwartenden Methode in der Nachgeburtsperiode an der Marburger Entbindungsanstalt in den Jahren 1883—93. In.-Diss. — Ahlfeld, Berichte und Arbeiten Bd. I, S. 40—119. Bd. II, S. 39—97. Bd. III, S. 18—81. —. Ahlfeld, Abwartende Methode oder Credéscher Handgriff? Leipzig 1888

der Gebärmutter gegen ihre fötale Seite muldenförmig umklappt[1]) und so, mit dem untersten Teile voran, in den schlaffen Teil des Gebärschlauches hinabrückt.

Ahlfeld wies nach,[2]) dass in ca. 75% der Fälle die Secundinae nach Schultze'schem Modus — also fötale Fläche voran mit nachfolgendem, von den Eihäuten eingeschlossenem Hämatom — geboren werden, und dass es nur zur Ausstossung nach Duncan'schem Modus kommt, falls es aus diesem oder jenem Grunde nicht zur centralen Lösung und Bildung eines retroplacentaren Hämatoms kommen kann. Er erkannte auch sehr richtig die physiologische Bedeutung des retroplacentaren Hämatoms,[3]) indem er nachwies, dass dasselbe bei der Lösung der Plazenta eine ausserordentlich hohe Bedeutung habe, indem es während der folgenden Uteruskontractionen, in der Richtung gegen den erweiterten Gebärschlauch hingetrieben, den unteren Rand der Plazenta zu lösen bestrebt ist, und dass sich, falls dieser der Lösung einen grösseren Widerstand bietet, die Wirkung des hydrostatischen Druckes auch gegen höher gelegene noch nicht gelöste Teile der Plazenta und Eihäute richtet, und dass so das Blut, indem es in die Peripherie weiter gedrängt wird, auf die zarteste Weise die auszuscheidenden von den bleibenden Partien trennt. Eine ganz naturgemässe Folge dieser Annahme eines physiologischen und normaler Weise sich bildenden Hämatoms war das Bedürfnis, der Bildung desselben möglichst Zeit zu lassen und dieselbe nicht durch voreiliges Eingreifen wie den Credé'schen Handgriff zu stören, mit kurzen Worten die

„abwartende Methode",

die ihren Begründer zu dem Schlusse führte:[4])

„Für normale Geburten ist der Credé'sche Handgriff fallen zu lassen; an seine Stelle hat das physiologische

[1]) Fehling, Verhandlung d. deutschen Ges. f. Gze. 1888. S. 41.
[2]) Siehe Note 4 Seite 6.
[3]) Ahlfeld, Lehrb. d. Geb. S. 107.
[4]) Ahlfeld, Lehrb. d. Geb. S. 144, 145. — Ahlfeld, Abwartende Methode oder Credé'scher Handgriff? Leipzig 1888.

Verfahren zu treten, die abwartende Methode. Das Credé'sche Verfahren bleibt für die pathologischen Fälle aufgespart, wo eine schnellere Entfernung der Plazenta notwendig wird. Für die Herausbeförderung des tief im Genitalschlauch liegenden Fruchtkuchens, den eigentlich die Bauchpresse herausbefördern sollte, dient am zweckmässigsten der von Credé geübte, von ihm freilich falsch gedeutete Handgriff, der darin besteht, dass man die leere, durch Massage zu einer festen Kugel zusammengezogene Gebärmutter benutzt, um mit einem auf sie ausgeübten Druck Hämatom und Plazenta zum Scheideneingang herab- und zur Schamspalte herauszupressen."

Die abwartende Methode wird in kurzen Worten in folgender Weise ausgeführt:

Nach Geburt und Abnabelung des Kindes und nach eventueller Schliessung blutender Riss- und Quetschwunden, wird die Halbentbundene auf reiner Unterlage gut zugedeckt und vollkommener Ruhe überlassen. Von Zeit zu Zeit sieht die Hebamme nach, ob Blut abgeht; wenn nicht, so wird die Frau, ohne dass etwas geschieht, weiterer Ruhe überlassen. Nach $1^1/_2$ bis 2 Stunden wird der Harn abgelassen und dann die Expressio placentae vorgenommen. Zu dem Zweck greift die die Geburt leitende Person mit 4 gespreizten Fingern über den Fundus, die Fingerspitzen nach unten gegen die Lendenwirbel gerichtet, geht also längs der hinteren Wand des Fundus und Corpus uteri hinab, während der Daumen auf die vordere Wand zu liegen kommt. Die Finger werden einigemale gegen die Höhe des Fundus uteri zusammengezogen und dann wieder, längs des Uterus hinabgleitend, gespreizt, wodurch ein kräftiger Reiz auf den Uterus ausgeübt wird. Ist derselbe hart, dann drückt man hauptsächlich mit dem Daumenballen, zugleich aber auch die Hohlhand verkleinernd, auf den Fundus uteri und es genügt meist schon ein leichter Druck, um die Geburt der Secundinae zu beenden. Jetzt erst wird die Frau gereinigt und in ein neues Bett gebracht.

Das Punctum saliens der abwartenden Methode besteht also in absoluter Ruhe nach Geburt des Kindes, da andernfalls häufig die Lösung nach Schultzes Modus gestört und dem retroplacentaren Hämatom der Abfluss gestattet wird. Kalte Scheidendouchen sind während dieser Zeit ebenfalls zu vermeiden, da ein solcher Reiz den unteren Gebärmutterabschnitt zur Contraction anregen und somit eine Retention der Plazenta veranlassen kann.

Jegliches Betasten des Uterus ist unstatthaft, da jede zur unrechten Zeit hervorgerufene Wehe den normalen Austrittstypus ändern und womöglich zu weiteren Manipulationen zwingen kann.

Allen bisherigen Methoden gegenüber hat das abwartende Verfahren folgende Vorteile: Es stört nicht die physiologischen Vorgänge in der Nachgeburtsperiode; es bedingt seltener therapeutische Eingriffe, weil meist die Plazenta samt den Adnexen in toto ausgestossen wird; es verläuft mit geringerem Blutverlust als die Entfernung der Nachgeburt nach Credé'schem Verfahren; Nachblutungen fehlen fast ganz; die Methode erleichtert die Ueberwachung der dritten Geburtsperiode in einer Weise, dass jede Hebamme bei einiger Aufmerksamkeit sie ausüben kann; das retroplazentare Hämatom bleibt dem Uterus längere Zeit erhalten und wirkt als Tampon, befördert die Thrombose der Plazentargefässe und verhindert den Eintritt von Mikroorganismen aus der Scheide in die keimfreie Zone des Uteruskörpers. Diese Vorzüge sind so schwerwiegend und klar zu Tage liegend, dass sie nicht von der Hand gewiesen werden können, und infolgedessen hat sich die abwartende Methode fast bei allen Autoren die Oberherrschaft errungen.

Den besten Beweis für die glänzenden Resultate, die mit der abwartenden Methode erzielt werden können, möge nachstehende Statistik über alle die Fälle erbringen, in denen seit 1883 an der Entbindungsanstalt zu Marburg unter etwa 5000 Geburten eine manuelle Entfernung der

Plazenta sich als nötig erwies. Da in der von Herrn Geheimrat Ahlfeld geleiteten Anstalt mit grosser Genauigkeit alle Regeln der abwartenden Methode auf das sorgfältigste beobachtet wurden, da Geheimrat Ahlfeld selbst den meisten der zu beschreibenden Fälle persönlich beigewohnt hat, so ist auch, wie wir am Schluss sehen werden, das Resultat das idealste, was bisher geliefert worden ist.

Ich beginne zunächst mit der Beschreibung der einzelnen Geburtsfälle, in denen sich eine manuelle Entfernung der Plazenta notwendig gemacht hat; dabei ist jedesmal ausgeführt, weshalb der Eingriff nötig war.

I. S. 1884. J.-No. 181.

34½ Jahre; lernte mit drei Jahren laufen; als Kind skrophulös. 11 Schwangerschaften, darunter drei Aborte. Die lebend geborenen Früchte starben alle an Krämpfen oder den Zeichen der Tuberkulose. 1876 überstand S. Gebärmutterentzündung, bei der ein operativer Eingriff nötig wurde. Die Schwangere ist schwächlich gebaut, und man hört über der linken Lunge spärliches Rasseln.

Nach normaler Geburt der Frucht besteht dauernd Blutabgang (jedoch kann die Nachgeburt nicht auf Druck entfernt werden). Uterus fest und gut kontrahiert; trotzdem Expressio placentae unmöglich. Deshalb muss, nachdem etwa 1000 gr Blut abgegangen sind, mit der Hand eingegangen werden. Der Muttermund giebt der eindringenden Hand sehr leicht nach, jedoch ist er so reizbar und zieht sich wieder zusammen, dass es nicht gelingt, die Plazenta in toto durch vis a tergo herauszubringen. Nach der Lösung muss daher zuerst die Hand den Muttermund passieren, ehe sie die Plazenta am vorliegenden Ende extrahieren kann.

Der Grund der Retention bestand in diesem Falle offenbar nicht in der ganz geringen Verwachsung, die sich gewiss beim Tieferrücken spontan gelöst hätte, sondern vielmehr in der auf abnormer Reizbarkeit beruhenden Contraction des unteren Gebärmutterabschnittes, wofür auch

schon der Befund während der Geburt spricht, indem sich der äussere Muttermund immer auffallend hart und wulstig anfühlte.

Nach Entfernung der Secundinae stand die Blutung vollständig, und der Verlauf des Wochenbettes war ein normaler.

II. L. 1884. J.-No. 165.

23 Jahre alt. 1. Schwangerschaft; kräftig gebaut, hochgradig überweites Becken.

Nach normaler Geburt unter einer Wehe und kräftiger Bauchpresse trat etwa $^3/_4$ der Plazenta vor den Muttermund, ohne dass jedoch der Rest folgte. Reiben und Druck erfolglos. Die Plazenta kam mit dem Rande voran, die Eihäute am vorangehenden Rande umgeschlagen, kein Blut ausserhalb des Eihautsackes. Bei kräftigem Druck auf den Fundus entleert sich das retropl. Hämatom, ohne dass die Plazenta folgt. Deshalb wird letztere manuell gelöst. Sublimatausspülung: Die Blutung steht sofort und der Uterus kontrahiert sich gut.

Die Retentio des einen Teiles der Plazenta resp. das Ausbleiben der spontanen Lösung lag vorwiegend an einer eigenartigen Gestaltung der Plazenta, in zweiter Linie vielleicht erst auf dem etwas späten und unregelmässigen Blasensprung, der infolge seiner Ausdehnung ein früheres Abfliessen des Hämatoms gestattete. Der Hauptteil der Plazenta hob sich zentral in normaler Weise ab, ein zungenförmiger Lappen aber war zu klein, um diesen Typus nachzumachen. Der untere Rand der Plazenta erschien zuerst in der Spalte; ein frühzeitiger Blasensprung an der tiefsten Stelle des Eies hätte vielleicht doch eine spontane Lösung auch des zungenförmigen Lappens bewirkt, hier war aber zur Zeit des Blasensprungs jedenfalls schon ein beträchtliches Segment der Eispitze — bis an die Plazenta heran und noch weiter — gelöst, daher schob sich die Plazenta schon heraus, ehe noch die Compression des retroplacentaren Hämatoms auch den Lappen lösen konnte.

III. R. J. 1884. J.-No. 83.

24½ Jahre. 2. Schwangerschaft. Becken normal; kräftig gebaut. Geburt normal.

Blasensprung mutmasslich an der tiefsten Stelle des Eies stattgefunden. Nach der Geburt Uterus gut kontrahiert.

25 Min. p. p. ca. 30 gr geronnenes Blut, nach weiteren 5 Min. ein grosser Klumpen ca. 3—400 gr, jedoch bleibt der Uterus gut kontrahiert. Da noch weitere Massen aus der Vulva heraushängen, darunter Chorion und Decidua, und da ferner die Klemme an der Nabelschnur 6—7 cm vorgerückt war, so wurde angenommen, dass die Plazenta spontan austreten wolle. Der Umstand, dass die Klemme nur 6—7 cm vorgerückt war, liess sich dadurch erklären, dass das Kind nach Geburt der Schultern ca. 3—4 Min. noch in der Scheide gelegen hatte, und dass infolgedessen die Plazenta schon früher tiefer getreten sein konnte. Statt der Nachgeburt gingen jedoch auf Mitpressen von Seiten der Gebärenden weitere Blutmengen ab, zum Teil geronnen, sämtlich aber venös, ca. 600 gr. Nachdem der gesamte Blutverlust auf 1100 gr gestiegen war, ohne dass ein Erfolg sichtbar gewesen wäre, wurde die künstliche Lösung der Plazenta ausgeführt und es erfolgte ohne Schwierigkeiten die Entfernung der gesamten Plazenta und der Eihäute. Der Uterus zog sich gut zusammen und die Blutung stand sofort. Der weitere Verlauf des Wochenbettes war vollständig physiologisch.

Die aufgefangenen Blutmengen haben sich s. Z in der Scheide allmählich angesammelt, sind daselbst geronnen und traten jedesmal erst auf Pressen resp. Druck heraus. Da das untere Ende des Chorionsackes in einem ziemlich langen Stück p. p. zum Muttermunde heraushing, muss es in der entsprechenden Länge bezw. Ausdehnung auch gelöst gewesen sein, und demnach muss die Blutung aus der entsprechenden Fläche des Uterus stammen. So würde vorläufig die Entstehung der Blutung zu erklären sein.

Warum aber eine Retentio placentae resp. das Aus-

bleiben der Bildung eines retroplacentaren Hämatoms stattgefunden, ist wohl im Anschluss an obige Erklärung folgendermassen zu deuten: Wie gewöhnlich, so hob sich auch hier ein Teil der Plazenta durch Bildung eines retroplacentaren Hämatoms ab; es kann dies sogar auch wie sonst der centrale Teil der Plazenta gewesen sein; aus irgend welchen lokalen Gründen, d. h., indem sich der untere Teil der Plazenta zuerst löste, erreichte die Lösung die von den Eihäuten gelöste Stelle (s. o.), so dass nun das Hämatom bei seiner Bildung in die Scheide abfloss, ohne vorher erst die Plazenta in typischer Weise zu lösen. So blieb der Teil, welcher rechts oben sass, ungelöst. Der Uterus zog sich um die Massen herum gut zusammen, aber immer etwas Blut nach und nach in die Scheide abfliessen lassend.

Falls diese Erklärung richtig ist, wird dadurch noch ein anderer höchst auffallender Umstand erklärt, nämlich das Ausbleiben von Erscheinungen der Anämie. Es ist nicht gut denkbar, dass 1100—1300 gr Blut in knapp 10 Min. einem Organismus entzogen werden können, ohne dass der arterielle Druck in lebensgefährlicher Weise sinkt; verteilt sich aber diese Entlastung auf ca. 35 Min., dann hat das Gefässsystem Zeit gehabt sich zu accommodieren.

IV. J. 1884. J.-No. 91.

20½ Jahre alt. 1. Schwangerschaft; mittelkräftig. Zu Anfang der Geburt Conglutinatio orif. ext., jedoch genügte ein Fingerdruck, um eine schnelle Ausdehnung des Muttermundes anzubahnen. Der weitere Verlauf der Geburt des Kindes war normal.

Gleich nach Austritt des Kindes erfolgte eine erhebliche Blutung, welche es infolge obiger Beobachtung nötig erscheinen liess, den Uterus zu massieren. Bei Besichtigung der äusseren Genitalien bemerkte man eine erhebliche Blutung aus der zerquetschten Schleimhaut der Scheide, die aber durch drei Suturen zum Stehen gebracht wurde. Bisher mochten ca. 500 gr Blut abgegangen sein. Durch das dauernde Reiben war die Plazenta in die Scheide ge-

rückt und wurde von der Gebärenden zum Teil vor die äusseren Genitalien gepresst. Die Häute waren umgeschlagen und enthielten ein ziemlich reichliches Hämatom. Durch Zug an der Plazenta war zu konstatieren, dass ein Teil derselben selbst oder der ihr zunächst anhaftenden Eihäute noch fest sass. Als der leitende Arzt jetzt zum Zweck der Expression des Restes die Gebärmutter in die Hand nahm, fand er dieselbe auffallend vergrössert, und er exprimierte die Plazenta samt 1235 gr Blut. Sofortige Besichtigung ergab, dass die Eihäute dem Rande vollständig ansassen, dagegen war eine Stelle des Zottengewebes 4 cm vom Rande entfernt zerfetzt. Auch jetzt wurde der Uterus noch weich und es bedurfte der grössten Aufmerksamkeit, um eine Blutansammlung zu verhindern. Da die Blutung noch nicht stand, wurde mit der Hand eingegangen und es wurden dicht über dem inneren Muttermund zwei kleine Plazentarfetzen, welche genau in die Defekte auf der Zottenfläche der Plazenta passten, entfernt, und damit stand die Blutung vollständig. Der etwa 2000 gr betragende Blutverlust wurde gut vertragen, und der Verlauf des Wochenbettes war normal.

Als Grund für das Zurückbleiben der kleinen Fetzen ist wohl die aus Furcht vor einem Cervixriss zu früh ausgeführte kräftige Massage des Uterus und somit übereilte Austreibung der Nachgeburt anzusehen, was bei abwartender Behandlung sicher vermieden wäre. denn, dass der zurückgebliebene Teil der Plazenta fester verwachsen gewesen wäre, wird nicht erwähnt, ist deshalb auch nicht anzunehmen.

V. H. 1884. J.-No. 108.

$22^{3}/_{4}$ Jahre. 1. Schwangerschaft: gesund und mittelkräftig gebaut.

Geburt normal mit kleinem Dammriss. Bei Anlegen der Sutur wurden die glatt umgeschlagenen Eihäute eben in der Spalte sichtbar, und bei einem durch den Schmerz verursachten Seufzer trat plötzlich der grösste Teil der Plazenta vor die Genitalien. Um sie vollständig zu ent-

fernen Credé'scher Handgriff. Der grösste Teil der Plazenta wurde geboren, jedoch haftete ein Teil noch fest; dabei starke Blutung.

Auf Zug an der Plazenta folgt sie zwar, doch will der Operateur deutlich das Gefühl gehabt haben, als ob dieselbe abgerissen sei, was auch daraus sich schliessen lässt, dass die Blutung unvermindert fortbesteht. Deshalb wird mit der Hand eingegangen und die an der hinteren Uteruswand ansitzenden Plazentarreste entfernt, die nach näherer Besichtigung dem oberen Rande der Plazenta entsprechen. Der Grund für das schon öfter beobachtete Hängenbleiben gerade dieser Partien ist wohl wie im vorigen Fall in der Uebereilung zu suchen, dass dadurch dem Hämatom nicht Zeit gelassen wurde die schon normalerweise fester verwachsenen Randpartien spontan zu lösen. Das Wochenbett verlief normal.

VI. K. 1884. J.-No. 117.

22 Jahre, gesund und kräftig gebaut. 1. Schwangerschaft normal, die 2. bis nach Geburt des Kindes auch normal. Nach $1^1/_2$ stündigem Warten wurde die Expression der Plazenta vorgenommen. Austritt der Plazenta ziemlich leicht; hinter derselben 400 gr retroplacentares Hämatom; daran schloss sich jedoch noch immer eine Blutung mittleren Grades. Eine Besichtigung der Secundinae ergab einen Plazentar- und Eihautdefekt und aus der Scheide hingen fest adhärente Eiteile heraus. Da die Blutung sich nicht mässigte, wurde mit der Hand eingegangen, wobei der Uterus voll weichen schwammigen Gewebes sich fand, das sich von rechts nach der Tube hin befindet; daneben zahlreiche Eihäute. Die Entfernung der Plazentarreste gelang nur ziemlich schwer und nur in 3 Stücken. Heisse Ausspülung und sorgfältige Kontrolle. Der Uterus zog sich gut zusammen und die Blutung stand vollständig.

In diesem Falle ist der Grund des Zurückbleibens der Nachgeburtsteile nicht klar zu ersehen, da das Protokoll keinerlei nähere Angaben aufweist.

VII. Sch. 1885. J.-N. 112.

$39^3/_4$ Jahre. 2. Schwangerschaft. Bei der ersten war das Kind ca. 14 Tage vor der Geburt abgestorben. Sch. hat vor etwa 8 Jahren an beiden Labien ein Geschwür gehabt und dabei sollen die Leistendrüsen geschwollen gewesen sein. Die Narbe ist jedoch nicht strahlig.

Geburt des Kindes normal. $1^1/_2$ Stunden nachher Expressio ohne Erfolg. 15 Min. später gingen bei einem zweiten Versuch ca. 300 gr Blut ab und es bestand von da an eine mässig starke Blutung. Muttermund Fünfmarkstück gross; Plazenta noch im Cavum uteri. Nach weiterem einstündigem erfolglosem Abwarten wird eingegangen und die rechts oben ziemlich fest haftende Plazenta gelöst, worauf die Blutung steht. Blutverlust im Ganzen ca. 1200 gr. Folgezeit gut. Der Grund der Anomalie ist höchstwahrscheinlich in spezifisch luetischen Veränderungen der Plazenta zu suchen. Angaben über den Gesundheitszustand der Frucht fehlen.

VIII. B. 1885. J.-No. 159.

26 Jahre, mittelkräftig und gut proportioniert. Erste Schwangerschaft.

Die Geburt wird wegen eines heftigen eclamptischen Anfalls mit hochgradiger Cyanose durch forceps und daran sich anschliessenden Ritgen'schen Handgriff beendet. 15 Min. p. p. wird bei Druck auf den nicht vergrösserten Uterus zwecks Expression nach Credé aus der Vagina ca. 1000 gr Blut herausgepresst. Uterus klein, ist aber nur wenig hart trotz Massage. Die nicht vorhandene Abplattung des Uterus von vorn nach hinten lässt die Plazenta noch in utero vermuten. Abwarten wegen des Blutverlustes gefährlich, daher Lösung der Plazenta. Dieselbe sitzt im Fundus und an der hinteren Wand. Die der Insertion der Nabelschnur entsprechende Stelle schien nur gelöst, die anderen Teile nicht. Kalte Ausspülung, worauf sich der Uterus gut kontrahiert.

Mässiger Cervikalriss, der aber, um jeden unnützen

Blutverlust zu vermeiden, sofort genäht wird. Gesamtblutverlust ca. 1800 gr. Folgezeit gut. Grund der Adhärenz ist in diesem Falle in der Uebereilung zu suchen, um damit die Eklampsie zu coupieren. Ueber die Intensität der Adhärenz ist keinerlei Angabe gemacht, es scheint sich daher um dieselbe Erscheinung wie im Fall 4 und 5 gehandelt zu haben.

IX. U. 1886. J.-No. 160.

28 Jahre, gesund und mässig stark gebaut; Becken normal.

Wegen schwacher Wehen und Verzögerung der Geburt durch Rigidität des Cervix wird die Zange angelegt und nach einigen Tractionen das Kind entwickelt. Ein Dammriss wird sofort genäht; sonst kein Blutabgang. Die Klemme war direkt nach der Geburt des Kindes 6 cm vorgerückt, dann aber auf demselben Stand geblieben 40 Min. p. p. floss ca. 100 gr Blut ab; der Uterus wurde gerieben, da aber die Blutung nicht stand, wurde eine kalte Vaginaldouche appliziert, welche von gutem Erfolg begleitet war.

Bei einem Expressionsversuch gelang es nur eine grosse Menge geronnenen Blutes (1500 gr) zu exprimieren. Der grosse Blutverlust und der durch die ausserordentlich lange Verzögerung der Geburt bedrohliche Zustand der Mutter erforderten deshalb manuelle Entfernung der Plazenta, die auch sehr leicht gelang, worauf die Blutung stand. Ob vielleicht aus dieser leichten Entfernung der Plazenta auf einen Fall von reiner Rententio infolge einer durch die kalte Douche ausgelösten Cervixcontraction geschlossen werden darf, ist nicht sicher festzustellen, da jede weitere Angabe fehlt.

Das Wochenbett verlief ziemlich normal.

X. Sch. 1886. J.-No. 261.

21 Jahre alt. 1. Schwangerschaft; mittelkräftig gebaut; bisher stets gesund.

Geburt normal; ein Dammriss wird sofort genäht und dann mit kaltem Wasser abgespült. Es geht periodenweise eine bedeutende Menge Blut ab, ohne dass die Plazenta exprimiert werden kann, da der Cervix wahrscheinlich durch die kalte Douche sich stark kontrahiert hat. Da diese Contraction nicht nachlässt, wird mit der Hand eingegangen und die Plazenta entfernt, was, da sie schon vollkommen gelöst ist, sehr leicht gelingt, und worauf die Blutung steht.

Das weitere Befinden und das Wochenbett normal.

XI. F. 1888. J.-No. 93.

39 Jahre, gesund und kräftig gebaut, jedoch einfach plattes Becken. 8. Schwangerschaft.

Von den sieben vorangehenden Geburten ist nur eine spontan vor sich gegangen, alle anderen haben Eingriffe erfordert: zwei Querlagen, zwei Gesichtslagen und die letzten zwei Geburten nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt und Wendung. Da im gegenwärtigen Falle wieder zweite Querlage erste Unterart festgestellt war, soll wieder Frühgeburt eingeleitet werden, aber schon vorher stellte sich eine Blutung ein und machte einen Eingriff notwendig. Tamponade, dann Wendung nach Braxton-Hicks: langsame Extraction ohne Berücksichtigung des Kindeslebens. Das Kind ist kurz vor Beendigung der Extraction abgestorben. Nach Geburt desselben keine Blutung, daher abwartende Methode. Die nach 1½ Stunden versuchte Expression ist vergeblich, die Eihäute wölben sich mit kindskopfgrossem Hämatom gefüllt vor die äusseren Geschlechtsteile.

Die innere Untersuchung ergiebt, dass der Muttermund dreimarkstückgross ist und dass die ganze Plazenta sich noch in utero befindet. Sofortige manuelle Entfernung vorgenommen. Es zeigt sich, dass der grössere, rechts hinten sitzende Teil der Plazenta gelöst ist, der kleinere, höher oben sitzende dagegen feste Adhäsionen zeigt, die ein Loslösen mit den Fingernägeln nötig machen. Bei

diesem Eingriff fast keine Blutung. Der Uterus zieht sich gut zusammen und wird nur noch eine Zeit lang überwacht. Hier ist der Grund der Adhärenz sicher auf Alteration der Uterusschleimhaut infolge der früheren schweren Eingriffe zurückzuführen.

XII. L. 1888. J.-No. 169.

24 Jahre alt, gesund und kräftig gebaut. Erste Schwangerschaft.

Die Geburt erfolgte in Steisslage bei etwas schwachen Wehen und daher verlängerter Austreibungsperiode.

In der ersten Zeit nach der Geburt keine Blutung; Uterus gut kontrahiert. $^1/_2$ Stunde p. p. heftige Blutung (1280 gr). Kalte Douche. Expression ohne Erfolg. Nach ca. 10 Min. eine zweite Blutung (480 gr) und nach längerer Pause dritte Blutung (450 gr). Wiederholte Expressionsversuche scheiterten an der Contraction des Muttermundes, Cervix und unteren Uterinsegments. Da auch ruhiges Abwarten nicht weiter führt, wird die Contraction ohne Schwierigkeiten mit der Hand gelöst und nun folgt die bereits vollständig gelöste Plazenta sofort. Die Contraction ist wohl sicher durch die kalte Douche ausgelöst worden, während die heftigen Blutungen als das unter einer jedesmaligen Wehe abfliessende retroplacentare Hämatom gedeutet werden kann.

XIII. B. 1888. J.-No. 267.

23 Jahre. Erste Schwangerschaft. Lues. Geburt einer macerierten Frucht.

Blutung aus einem Schleimhautriss steht nach Umstechung. Die nach $1^1/_2$ Stunden versuchte Expressio placentae ist ohne Erfolg. Ein kleines Stück der Plazenta wird sichtbar, trotz starken Druckes folgt sie aber nicht. Die innere Untersuchung ergiebt: Die Plazenta hängt zur Hälfte aus dem weit geöffneten Muttermund in die Scheide. Die manuelle Entfernung ist ziemlich schwierig, da die Plazenta in grösserer Ausdehnung fest an der vorderen

Fläche des Uterus anhaftet. Einige kleine Fetzen bleiben zurück. Uterus gut kontrahiert; keine Blutung.

Ursache der Anomalie: Lues.

XIV. M. 1888. J.-No. 289.

38 Jahre, kräftig und gesund. Dritte Schwangerschaft. Die erste Geburt dauerte vier Tage wegen schwacher Wehen; Kind totgeboren; manuelle Lösung der Plazenta. Bei der zweiten Geburt Perforation und ebenfalls manuelle Lösung der innig und weitverbreitet verwachsenen Plazenta. Diesmal wurde vom Arzt, um ein für Mutter und Kind günstiges Resultat zu erzielen, ein Versuch gemacht, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Bei diesem Versuch muss aber mit dem Bougie ungeschickterweise der Cervix durchbohrt sein, denn nach Angabe der Frau soll bei der Manipulation eine starke Blutung eingetreten sein, und als die Frau kurze Zeit nachher zur Klinik kam, wurde eine Perforation des Cervix festgestellt.

Einige Tage später begann die Frau zu fiebern und bei der dann erfolgten Geburt quollen hinter dem Kindeskörper eine grosse Menge stinkender Gase aus dem Uterus heraus. Infolge dieser für die Mutter äusserst bedrohlichen Nebenumstände wurde die Nachgeburtszeit möglichst abgekürzt. Die Expression der Plazenta gelang jedoch nicht. Auf wiederholten und ziemlich starken Druck auf die sonst gut zusammengezogene Plazenta rückt die Nabelschnur keine Spur vor. Ausspülung der Scheide mit 2% Carbollösung. Der Muttermund ist schlaff und die Plazenta dicht über demselben in einem Lappen losgelöst. Ein Zug an demselben entwickelt ungefähr die Hälfte der Plazenta, der übrige Teil sitzt fest und muss stückweise entfernt werden. Die dabei vergossene Blutmenge war so beträchtlich, dass von weiteren Manipulationen zunächst Abstand genommen werden musste, in der Annahme, die etwa noch zurückgebliebenen Reste nach gehöriger Contraction der Gebärmutter später zu entfernen.

Bei Palpation von aussen konnte man schon jetzt nach

links die Gebärmuttergrenze nicht abtasten, sondern sie ging in eine diffuse Resistenz, das objektive Sympton einer beginnenden Perimetritis, über, die dann auch so schnell vorschritt, dass der Exitus letalis an Sepsis von der Wunde aus bald eintrat.

Bei der Sektion findet sich die Uterusschleimhaut stark höckrig, was zweifellos auf eine frühere schwere Endometritis zurückzuführen sein dürfte. Die Wundränder am Cervix waren äusserst missfarbig, und es war unschwer zu erkennen, dass von hier aus die Infektion stattgefunden hatte.

XV. G. 1889. J.-No. 288.

38 Jahre; fünf vorausgegangene Geburten waren normal, nur bei der dritten war mässig hohes Fieber im Wochenbett.

Seit vier Wochen dreimal Blutung aus der Gebärmutter wegen Plazenta praevia. Ein zu Rate gezogener Arzt hatte tamponiert und die Frau zur Klinik verwiesen. Sie kam an mit einer Temperatursteigerung von 38,5 und Pulszahl von 104 Schlägen. Eine nach gehöriger Desinfektion (Sublimat) und Herausnahme der Tampons vorgenommene Untersuchung ergab: Weite Scheide, die im oberen Abschnitt viel Blutkoagula enthielt; der Muttermund war kaum markstückgross, in demselben zerklüftetes Gewebe fühlbar von Blutgerinnsel durchsetzt. Dahinter war auf Druck von aussen der noch hochstehende Kopf fühlbar. Da die Blutung stand, wurde zunächst von der Tamponade abgesehen; morgens aber, als die Blutung wieder begann, zur Tamponade mit Jodoformgaze und Watte geschritten. Bei der vorausgehenden Ausspülung entleerte sich starke Cruormasse. Die Temperatur war auf 37,7 zurückgegangen. Um 8 Uhr 20 Min. Herausnahme der Tamponade. Der Muttermund hatte sich zur Thalergrösse erweitert und namentlich am linken Rand desselben war deutlich Plazentargewebe fühlbar: rechts ebenfalls, wenn auch sehr zerrissen. Es wurde nun in der Narkose auf dem Untersuchungs-

tisch zur Wendung nach Braxton-Hicks geschritten. Herr Geheimrat Ahlfeld ging mit der ganzen linken Hand in die Scheide ein, drang mit zwei Fingern durch die rechte Muttermundpartie in das zerrissene Plazentargewebe ein, gelangte zu den Eihäuten, ging zwischen diesen und Uterusrand entlang und sprengte die Blase. Dabei wurde der vorliegende Kopf zur Seite geschoben und von aussen die Füsse herbeibewegt. Zunächst wurde eine nicht mehr pulsierende Nabelschnur erreicht, dann der nach vorne gelegene rechte Fuss: dieser wurde in den Muttermund und vor die äusseren Genitalien herabgezogen und an eine Schlinge gelegt. Die Blutung stand jetzt vollkommen. Die Frau wurde ins Bett gelegt und an der Schlinge ein starker Zug ausgeübt. Der Fuss rückte langsam vor. Als derselbe bis über das Knie geboren war, begann die Frau plötzlich zu collabieren: sie zitterte, fror, die äussere Haut war kalt, der Puls kaum fühlbar, die Gesichtszüge verfallen. Es wurde daher möglichst rasch die Extraktion des abgestorbenen kleinen Kindes beendet und unmittelbar darauf die Expression der Plazenta versucht. Als das nicht gelang, stellte die innere Untersuchung fest, dass ein Lappen im Uterus festhaftete, der dann manuell gelöst wurde. Ueber den Sitz des Lappens und den Grad der Verwachsung sind leider keine Angaben gemacht. Durch heisse intrauterine Ausspülung (38° R.) wurde hierauf der Uterus zu kräftiger Contraction gebracht. Die Frau erholte sich in ein erwärmtes Bett gebracht bei horizontaler Lage und unter Einflössung warmer Getränke sichtlich. Der Uterus blieb kontrahiert und nach etwa $^3/_4$ Stunden trat Schweiss und Schlaf ein.

Der erste Tag des Wochenbettes verlief normal, am Abend des zweiten Tages stieg die Temperatur bis 39,6 und es wechselten dann bis zum sechsten Tage hohe Abendtemperaturen (bis 40°) mit tiefen Remissionen morgens (bis 36,1°), während sich zugleich Erscheinungen von Seiten der Lunge einstellten, die auf einen metastatischen Prozess

schliessen liessen. Der Uterus selbst bildete sich gut während der Zeit zurück, ohne dass peritonische Erscheinungen eingetreten wären.

Exitus letalis nach 30 Tagen unter den Zeichen einer schweren embolisch-septischen Pneumonie.

Die Sektion ergab: Thrombosis ven. hypogastr., ven. femoralis utriusque. Phlegmone circumscript. parametritic. dextr. et excavationis sacralis. Abscessus metastaticus pulmonum. Pneumonia dissic. Abscessus lobi superior. dextr. et embolia art. pulm. Pleuritis adhaesiv. Degeneratio circumscripta myocardii.

Der Grund der Nachgeburtsanomalie war in diesem Fall in der Complication mit Placenta praevia zu suchen.

XVI. P. 1889. J.-No. 301.

38½ Jahre, kräftig gebaut.

Zehnte Schwangerschaft. Die ersten sieben Geburten waren normal: bei der achten wurde die Plazenta frühzeitig ausgestossen, ehe die Eihäute sich vollständig gelöst hatten. Bei der neunten Geburt starker Blutverlust wegen Atonia uteri, sonst normal.

Während der letzten Schwangerschaft Blutungen infolge von Placenta praevia lateralis: jedoch nicht bedeutend. Da sich jedoch Fieber einstellt, muss die Geburt beendet werden: das bereits abgestorbene Kind wurde nach Braxton-Hicks entwickelt. Obwohl die Plazenta auf Credé'schen Handgriff nicht folgte, musste doch wegen 40° Fieber zur sofortigen Entfernung geschritten werden. Die in die Scheide eingehende Hand glaubte das alleinige Hindernis in der bestehenden Striktur des Muttermundes zu finden, denn die Plazenta folgte sofort einem leichten Zuge an dem aus dem Muttermund heraushängenden Teile. Eine spätere Untersuchung ergab freilich, dass ein kleiner ca. 1 cm. grosser Teil derselben mit einem Teil der Eihäute zurückgeblieben war, sodass auch hierin ein zweiter Grund für das Nichtfolgen der Secundinae zu sehen ist.

XVII. R. 1890. J.-No. 224.

27 Jahre, kräftig gebaut, jedoch plattes Becken. (Conj. ext. 17,8, Conj. diag. 9,6.)

Die zwei ersten Geburten erforderten wegen des platten Beckens die Zange. Kind jedesmal tot. Um ein besseres Resultat zu erzielen, wird künstliche Frühgeburt eingeleitet. Dieselbe geht spontan.

Fünf Min. p. p. Blutabgang, zunächst nur die Nachwehen begleitend, bald aber auch in der Zwischenzeit. Nachweisbare Einrisse sind nicht vorhanden: Uterus gross und schlaff. Da auf Reiben die Blutung nicht steht, wird versucht, die Secundinae zu exprimieren, dabei entleert sich jedoch nur ein grosses Hämatom, während die Expression der Plazenta nicht gelingt. Da wiederholte Versuche nicht zum Ziele führen, so wird durch Exploration festgestellt, dass zwar ein kleiner Lappen der Plazenta gelöst aus dem Muttermund hängt, die grössere Masse jedoch noch an der hinteren Uteruswand festhaftet. Letztere wird manuell entfernt; zurückgebliebene Reste werden bei noch zweimaligem Eingehen entfernt. Es zeigt sich auffallend dickes Decidualgewebe, durch dessen Verletzung wohl bei Einführung des Bougies die Blutung entstanden sein mag, durch das wohl auch eine etwas innigere Verwachsung der auszuscheidenden mit den bleibenden Partien veranlasst war. Es ist aber wohl sicher anzunehmen, dass es zur spontanen Lösung gekommen wäre, wenn die abwartende Methode hätte eingehalten werden können.

XVIII. Sch. 1891. J.-No. 250.

30 Jahre, kräftig und stets gesund.

Zweite Schwangerschaft. Erste Geburt normal. Diesmal Geburt des Kindes auch normal. Nach derselben gehen mit zwei Wehen 300 und 200 gr Blut ab. Ueberwachung der Gebärmutter noch $^1/_2$ Stunde. Nach einer leichten Massage des Uterus wieder Abgang von ca. 200 gr Blut. Die Expression gelingt trotz mehrerer Versuche nicht, selbst nicht bei Zug am Nabelstrang. Die Gebärende

wird bei dem sehr reichlichen Blutverlust plötzlich bleich und der Puls schwindet. Daher sofortige manuelle Entfernung der Plazenta, die am rechten Tubenwinkel fest adhärent ist und losgelöst werden muss. Blutung steht sofort vollständig, der Uterus bleibt gut kontrahiert.

Der Hauptgrund für die abnorme Adhärenz sowie auch für das Nichtzustandekommen des retroplacentaren Hämatoms ist wohl in der Lokalisation der Plazentarstelle zu suchen, es wäre aber vielleicht noch zur Spontanlösung nach Duncan'schem Modus gekommen, wenn nicht die Gefahren der Anämie eine sofortige Beendigung der Geburt erfordert hätten.

XIX. Sch. 1892. J.-No. 325.

39½ Jahre alt, schon dreizehnmal geboren.

Alle Geburten normal, bei der dritten hat der Arzt die Nachgeburt holen müssen.

Gegenwärtig liegt Placenta praevia vor. Sch. will schon seit sieben Monaten anfangs in Zwischenräumen von vier Wochen, später von zwei bis drei Wochen Blutungen von mehrtägiger Dauer gehabt haben. Seit zwei Monaten auch Abgang von Blutklumpen. Die Plazenta ist im Muttermund rechts zu fühlen, während die linke Hälfte von der Blase ausgefüllt wird. Seit Wehenеintritt sehr beträchtliche Blutung, daher schnelle Entwicklung des Kindes. Nach ½ Stunde Entleerung einiger grosser Blutklumpen. Versuch der Expression gelingt nur teilweise, daher Eingehen mit der Hand. Plazenta ist im fundus uteri fest angewachsen: Ablösung der Verwachsungen: Ausräumung des Uterus. Blutung steht sofort. Der Uterus kontrahiert sich gut.

Ueber die Art der Verwachsung ist nichts angegeben. Eine am zehnten Wochenbettstage vorgenommene Untersuchung des pueperalen Uterus ergab, dass nur an der vorderen und linken Wand Thromben gefunden wurden, die vorn bis 1 cm über den inneren Muttermund zu fühlen waren, von links her ragten sie aber bis an den inneren

Muttermund heran. Die Thromben zeichneten sich in diesem Falle nicht durch kleine Knötchen aus, sondern das ganze Gewebe der Plazentarfläche ragte etwas über das Niveau hervor und fühlte sich gleichsam wie gegerbte Haut an, für welchen Befund man wohl endometritische Prozesse, die vom Cervix aus die tiefsitzende Serotina ergriffen und sich von da ausgebreitet haben, verantwortlich machen darf. Verlauf des Wochenbettes normal.

XX. B. 1893. J.-No. 347.

34½ Jahre alt, schwächlich gebaut, phthisisch. Vier normale Geburten.

Diese Geburt bisher auch normal.

Nach Abgang von 300 gr Blut Massage des Uterus, jedoch ohne Erfolg, daher Expressio placentae versucht, was aber auch nicht gelingt.

Infolgedessen Eingehen mit der Hand. Plazenta liegt noch im Uterus, der obere Teil gelöst, der untere noch adhärent. Letzterer kann nur stückweise entfernt werden. Die Plazentarstelle befindet sich an der vorderen Wand, ihre untere Grenze ist als höckrig-bogenförmige Linie deutlich zu fühlen, und in ihrem Bereich sitzt die Plazenta ganz besonders fest. Diese Linie liegt mehr als 10 cm vom äusseren Muttermund entfernt, dicht unterhalb derselben ist die Innenfläche des Uterus glatt und die Wand des letzteren deutlich dünner als an der Plazentarstelle, sodass wahrscheinlich die Infection der Plazenta auf das untere Uterinsegment nicht übergegriffen hat.

Die Ursache der abnormen Adhärenz ist ohne Zweifel in dem oben beschriebenen eigenartigen Bau des unteren Plazentarrandes zu suchen, für dessen abnorme Bildung ein Grund nicht mit Bestimmtheit anzugeben ist, wohl aber auf eine überstandene Endometritis zurückgeführt werden kann.

XXI. D. 1894. J.-No. 78.

20 Jahre alt: erste Schwangerschaft; schwächlich gebaut: allgemeinverengtes kindliches Becken. Eine Stunde

nach spontaner Geburt des Kindes beginnt es etwas zu bluten. Massage des Uterus ohne wesentlichen Erfolg.

Nach $1^{3}/_{4}$ Stunden wird die Expressio placentae versucht. Bei der vorausgehenden Abnahme des Urins zeigte sich, dass die Klemme nicht vorgerückt war. Bei den ersten Versuchen der Expressio entleeren sich 760 gr. Hämatom, ohne dass es gelungen wäre die Plazenta zu entfernen. Da die Frau sehr empfindlich ist, wird unter leichter Aethernarkose mit der Hand eingegangen und es zeigt sich, dass der Muttermund nicht strikturiert ist, dagegen adhärieren die Eihäute an der Uteruswand und die Plazenta haftet mit einem Lappen an der rechten Tubenecke fest, während der untere Teil gelöst ist. Es gelingt leicht die Plazenta in toto herauszunehmen, die Eihäute dagegen müssen stückweise entfernt werden.

Die Plazenta ist auffallend klein und zeigte einen zungenförmigen Lappen, der wohl einen Hauptgrund abgegeben hat, dass dieselbe zurückgehalten wurde. Chorion und Decidua sind vom Rande abgerissen.

Folgezeit gut.

XXII. D. 1894. J.-No. 79.

28 Jahre, gesund und kräftig gebaut.

Dritte Schwangerschaft. Die erste Geburt waren Zwillinge; im Verlauf derselben trat ein eklamptischer Anfall auf. Bei der zweiten Geburt Blutung in der Nachgeburt mit Ausräumung des Uterus.

$4^{1}/_{2}$ Monat nach Beginn dieser Schwangerschaft Blutabgang; im Urin kaum wahrnehmbare Opaleszenz, weshalb Nierenaffektion ausgeschlossen. Geburt des Kindes normal; gleich nach derselben begann es heftig zu bluten, sodass trotz dauernder Massage innerhalb 10 Min. 700 gr Blut abgingen. Daher soll die Plazenta exprimiert werden, was aber misslingt. In Anbetracht der grossen Blutung wird zur sofortigen manuellen Entfernung der Plazenta geschritten. Es findet sich, dass ein Teil derselben vor dem Muttermund liegt, dass sich darüber der Muttermund zu-

sammengezogen hat, dass aber der Rest der Plazenta der hinteren Wand des Uterus noch fest anhaftet und nur gewaltsam an der linken Seite von der Wand losgelöst werden kann, wobei aber einige Stücke zurückbleiben, die noch nachträglich gelöst werden müssen. Darauf kontrahiert sich der Uterus gut und die Blutung steht. Die Plazenta zeigt am unteren Rand einen zungenförmigen Lappen, dessen Durchmesser 8 resp. $6^1/_2$ cm betragen. Derselbe ist mit der Plazenta links noch durch eine Brücke von Plazentargewebe, rechts nur durch eine häutige Verbindung vereinigt. Ueber die erstgenannte Brücke verlaufen zwei Arterien und eine Vene. Die Durchmesser der übrigen Plazenta betragen 16×12 cm. An der linken Seite, entsprechend der Stelle der manuellen Lösung, ist dieselbe stark zerfetzt, sonst aber vollständig. Die Eihäute — im übrigen vollständig — sind ziemlich zerrissen, so dass die Stelle des Eihautrisses nicht nachzuweisen ist. Jedenfalls aber ist an tiefen Sitz des oben beschriebenen Lappens zu denken, wofür auch die Blutung spricht, die bei Beginn der Wehen auftrat. Wahrscheinlich wäre derselbe auch bei der ersten Untersuchung nachzuweisen gewesen, wenn man mit dem Finger höher in den Muttermund hinaufgegangen wäre.

XXIII. Z. 1895. J.-No. 1.

30 Jahre alt, kräftig gebaut mit mässig plattem Becken. Dritte Schwangerschaft.

Bei der ersten Geburt musste wegen Blutung Plazentarlösung vorgenommen werden, an die sich eine Parametritis anschloss. Nach der zweiten Geburt werden zwar, wenn auch mit Schwierigkeiten, die Secundinae spontan geboren, aber die Plazenta ist zerfetzt und wegen Nachblutungen muss der Uterus noch nachträglich von den zurückgebliebenen Plazentarresten befreit werden.

In dem jetzigen Falle Anregung der Geburt wegen des mässig platten Beckens durch Douchen. Blutung bei

Eröffnung des Muttermundes und bei der Untersuchung, Fühlen von polypösen Massen über dem Cervix lassen auf Placenta praevia lateralis schliessen. Geburt eines knappreifen Kindes spontan. Da in der Nachgeburtsperiode dauernd Blut abgeht, wird schon bald die Massage des Uterus vorgenommen. Als die Blutung nach 35 Min., wenn auch nicht stärker wird, doch auch nicht nachlässt, werden Expressionsversuche gemacht, die zunächst einen Blutklumpen herausbefördern, dann aber wird der Muttermund in der Schamspalte sichtbar, ohne dass Plazentargewebe aus ihm herausschaut. Es werden noch mehrere Wehen abgewartet, um, wenn der Uterus härter geworden wäre, noch einmal Expressionsversuche zu machen, doch diese haben denselben negativen Erfolg. Bei der Gesamtmenge des schon verlorenen Blutes, der Erfolglosigkeit der Expressionsversuche und im Hinblick auf die schon in den früheren Geburten notwendig gewordenen Plazentarlösungen und auf die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Placenta praevia lat. wird die manuelle Entfernung vorgenommen. Der Cervikalkanal giebt leicht nach; über dem inneren Muttermund sitzt die Plazenta der Wand fest an und muss mit dem Finger losgeschält werden; ebenso in der Gegend der rechten Tubenecke, worauf sie ohne Schwierigkeiten folgt. Da die gelöste Stelle, deren Sitz dem Tubenwinkel entsprach, zerfetzt war, wurde eine Revision des Uterus vorgenommen und aus dem rechten Tubenwinkel noch ein daumenballengrosses Stück entfernt.

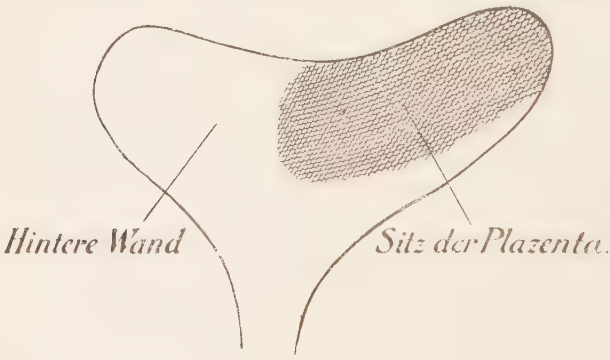
Ohne Zweifel ist diese regelmässige feste Verwachsung der Plazenta auf pathologische Veränderungen der Uterusschleimhaut infolge früherer Endometritis zurückzuführen, während das in diesem Fall noch hinzukommende Festhaften im Tubenwinkel wohl dadurch zu erklären ist, dass die Zotten in die Tubenmündungen einwuchern und mit der Muskularis eine innigere Verbindung eingehen.

XXIV. Z. 1895. J.-No. 18.

22 Jahre alt, mittelkräftig, leichte Lordose und Skoliose

der Lendenwirbelsäule nach rechts mit mässig abgeplattetem Becken. Erste Schwangerschaft.

Spontan etwas langdauernde Geburt wird mittels Ritgen'schem Handgriff beendet. Da etwa nach ½ Stunde eine sehr heftige Blutung eintritt, wird die Plazenta zu exprimieren versucht, jedoch vergebens. Die Blutung ist so heftig, dass binnen kurzer Zeit 1100 gr Blut abgehen: deshalb darf mit der manuellen Entfernung nicht gezögert werden. Es ist sehr schwer, hinter der Plazenta vorzudringen, da dieselbe überall am Rande äusserst festhaftet. Sie ist in grosser Ausdehnung mit der Uteruswand verwachsen, so dass jeder einzelne Codyledo gelöst werden muss, doch scheinen diese Verwachsungen am Rande fester zu sein als in der Mitte. Die Plazenta ist sehr zerfetzt, die Eihäute sind fast ganz zurückgeblieben. Die uterine Fläche der Codyledonen ist stark zerfetzt, doch ist nirgends ein ganzer Codyledo vollständig zerrissen. Auf der fötalen Fläche sieht man einen weissen Ring, der 3–4 cm selbst noch weiter vom Rande der Plazenta nach einwärts liegt und zugleich die Stelle bezeichnet, wo die Eihäute sich von der Plazentarfläche weg auf die Innenseite der Decidua vera begeben; infolgedessen überragen die äusseren Codyledonen der Plazenta wallartig den Eisack und wir haben das Bild einer Placenta circumvallata et marginatar. Eine spätere Untersuchung des Uterus nach neun Tagen ergab folgenden Befund: Die Höhle war noch weit und zeigte nach beiden Hörnern hin, besonders aber nach der linken Seite, eine



starke Ausbuchtung. Die Schleimhaut fühlte sich überall glatt an mit Ausnahme der in beifolgender Zeichnung bezeichneten Stelle der hinteren Wand, dem Tubenwinkel zu gelegen. Dort fühlt man Rauhigkeiten von 4 bis 5 mm Höhe, die sich aber nicht wie Thromben der Plazentarstelle als kleine bucklige Erhabenheiten ausweisen, sondern die ganze Fläche fühlt sich zottig rauh an.

XXV. M. 1896. J.-No. 19.

23 Jahre, kräftig gebaut. Zweite Schwangerschaft. Die erste Geburt verlief vollkommen normal. Auch in diesem Falle war bis zum Durchtritt des Kindes alles normal; kurz darauf aber setzte eine continuierliche heftige Blutung ein, die trotz sofortiger Massage nicht stand, weshalb die Expressio placentae versucht wurde, jedoch vergebens. Geringes Tiefertreten der Nabelschnurklemme, relativ hoher Stand des Uterus.

Die andauernde Blutung lässt vermuten, dass die Plazenta noch in utero sich befindet, was auch eine Untersuchung mit dem Finger bestätigt. Trotz mehrfachen Credé'schen Handgriffs tritt die Nabelschnur nicht tiefer, daher Eingehen mit der Hand. Der Cervikalkanal ist ziemlich eng, etwas höher hinauf kommt die Hand in eine etwas weitere Höhlung; dann folgt eine ringförmige Verengung und im Fundus eine weite Höhle. In letzterer befindet sich die Plazenta. Ein Versuch, den gelösten unteren Teil zu fassen und so das Ganze zu extrahieren, führt zu starker Zerreissung dieser Partien; es muss daher der weiter oben gelegene fest anhaftende Teil der Plazenta mit der Kleinfingerseite der Hand typisch gelöst werden, was nicht ohne einige Mühe gelingt. Eine Revision ergiebt keine zurückgebliebenen Reste. Die Plazentarstelle ist hoch im Fundus zu fühlen, zum grössten Teil auf der Hinterwand. Kurz darauf stand die Blutung sicher; der Gesamtverlust betrug 2350 gr, wurde aber gut vertragen. Wochenbett fieberfrei. Die Ursache der Anomalie ist in diesem Falle zweifelhaft.

XXVI. Z. 1896. J.-No. 305.

28 Jahre alt, mit deutlichen Zeichen von Rhachitis. Grösse 133,5 cm.; rachitisch allgemeinverengtes Becken.

Spin. 22	Crist. 25,9
Troch. 29	Conj. ext. 17,4
Conj. diag. 8,3—8,5	Conj. vera 5,5

Zweite Schwangerschaft. Die erste Geburt mittels sectio caesarea wegen absoluter Beckenenge. Da von vornherein der Kaiserschnitt von den Eheleuten verweigert worden ist, hingegen sie sich für Einleitung des künstlichen Abortes entschieden haben, wird, um wenigstens den Versuch zu machen ein lebensfähiges Kind zu erhalten, in der 28. Woche die Frühgeburt eingeleitet. Bei der Extraktion des in Fusslage liegenden Kindes geht dasselbe, da Arme und Kopf zu ihrer Entwicklung lange Zeit erfordern, zu Grunde.

Kurze Zeit nachher beginnt es mässig stark zu bluten, und als nach einer Stunde etwa 400 gr Blut abgeflossen sind, wird in Anbetracht der Kleinheit der Person und der vielen Manipulationen im Genitalschlauch die Expressio placentae versucht. Das Umgreifen des Uterus macht Schwierigkeiten, teils weil er infolge der früheren sectio caesarea an der Bauchdecke adhäriert, teils, weil die Därme ziemlich mit Gas gefüllt sind. Die Expression gelingt trotz mehrfacher Versuche nicht, daher manuelle Lösung. Die Plazenta liegt mit der Insertionsstelle der Nabelschnur im Muttermund und ist bis auf eine kleine Partie an der rechten Seite schon von der Uteruswand losgelöst und deshalb sehr leicht frei zu machen. Der Uterus zieht sich nach heisser Douche gut zusammen und die Blutung steht.

Da die Plazenta bereits fast vollständig gelöst war, ist anzunehmen, dass dieselbe genau wie bei Fall XVIII. nach Duncan spontan geboren wäre, wenn man, was aus obigen Gründen nicht angezeigt war, länger gewartet hätte.

XXVII. V. 1897. J.-No. 293.

44 Jahre, mittelkräftig gebaut mit mässig plattem Becken. Neunte Schwangerschaft; schon bei der sechsten

und siebten Geburt Lösung der Plazenta; die früheren Geburten alle normal.

Die Geburt infolge des mässig platten Beckens etwas länger dauernd, aber spontan. In der Nachgeburtsperiode bleibt der Uterus zunächst gut kontrahiert, ohne dass bis 20 Min. p. p. ein Vorrücken der Nabelschnur eintritt, dagegen gehen jetzt bei einem heftigen Hustenstoss plötzlich 900 gr Blut ab. Auf Massage bleibt der Uterus kontrahiert, ohne dass jedoch die Blutung steht; daher Versuch einer Expression. Dabei profuse Blutung, ohne dass die Plazenta tiefer tritt, weshalb manuelle Lösung nötig erscheint. Die eingeführte Hand trifft auf den unteren gelösten Plazentarrand im Muttermund, während ein Teil der Plazenta noch an der hinteren Uteruswand haftet und bis zur rechten Tubenecke hinaufreicht, woselbst eine Randpartie zurückbleibt und erst bei der sich anschliessenden Revision entfernt wird. Auf heisse Ausspülung mit 50° C. heissem Wasser kontrahiert sich der Uterus gut und die Blutung steht. Es ist möglich, dass der Hustenstoss das retroplacentare Hämatom zum Durchbruch am unteren Plazentarrande gebracht hat, es liegt aber auch die Möglichkeit vor, dass selbst bei Erhaltung des Hämatoms und trotz abwartenden Verfahrens die Secundinae infolge der Adhärenz in der Tubenecke nicht spontan geboren wären, sodass trotzdem ein manuelles Eingehen nötig gewesen wäre.

XXVIII. F. 1898. J.-No. 22.

24 Jahre alt, kräftig gebaut, Becken normal. Zweite Schwangerschaft. Vor der ersten Schwangerschaft luetisch infiziert und mit Erfolg behandelt. Das Kind, ohne Spuren von Lues gehabt zu haben, nach vier Wochen an Pneumonie gestorben.

F. klagt seit 14 Tagen über Frösteln und Schmerzen in der rechten Bauchseite, liegt seit acht Tagen zu Bett. Urin zeigt trüben Niederschlag bei saurer Reaktion; der mikroskopische Befund ergiebt zahlreiche Leukocyten, spärliche weisse Cylinder und Nierenbeckenepithelien.

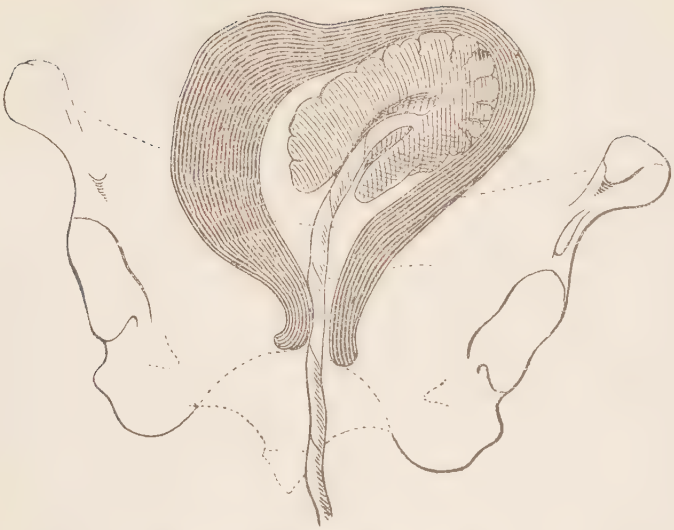
Patientin hustet viel und ist seit drei Tagen heiser; im eitrigen, blutig gefärbten Sputum einige Tuberkelbazillen. An den äusseren Geschlechtsteilen Condyl. accum. und zahlreiche weisse, feuchte Narben am Damm und in der Schenkelbeuge. Die Scheide ist sehr rauh und entzündlich gerötet.

Bis zum Schluss der Nachgeburtsperiode ist der Geburtsverlauf vollständig normal. $1^1/_2$ Stunde p. p. wird, da etwa 400 gr Blut abgehen, die Expression versucht; trotz der angestrengtesten Bemühungen gelingt dieselbe nicht.

Bei jedem Druck auf den ziemlich festen Uterus füllt sich die Nabelschnur prall, weshalb man auf eine fast vollkommene Adhärenz der Plazenta schliessen muss. Beim Einführen der Hand findet man nur sehr wenig von den Eihäuten in der Scheide, der Cervix ist schlaff, der Kontraktionsring fest kontrahiert. Die Nabelschnur geht noch weit im Uterus nach links hinten in die Höhe, und die Plazenta sitzt noch fest der hinteren Wand an. Das Plazentargewebe wird durchgequetscht und mit der Ulnarseite der linken Hand abgeschält, wobei sich zeigt, dass der Rand weniger festhaftet, dagegen aber sehr kräftige Stränge nach der Mitte zu nur mühsam zu lösen sind. Revision des Cavum uteri, Abschälen einiger Plazentarreste, darauf Spülung mit 50% Alkohol. Der Uterus zieht sich nach Reibung gut zusammen und die Blutung steht. Wochenbett fast fieberfrei.

Acht Tage nach der Geburt ergiebt eine Untersuchung des Uterus folgendes: (Siehe nebenstehende Zeichnung.)

Derselbe ist an der ganzen Vorderwand frei, an der Hinterwand geht die Plazentarfläche von der Mitte derselben bis in den Fundus und, den linken Tubenwinkel überragend, bis gegen den rechten Tubenwinkel hin. Uterus ist antevertiert, nicht kräftig zusammengezogen, sondern relativ schlaff und weich. Die nicht von der Plazentarstelle bedeckte Uterusschleimhaut ist vollkommen glatt und nicht höckrig.



Nach diesem Befunde hat es sich also um eine typische Tubeneckenplazenta gehandelt, die bekanntermassen öfters eine manuelle Lösung erfordert.

XXIX. D. 1898. J.-No. 197.

42½ Jahre alt, mittelkräftig gebaut.

Sechs Geburten vollkommen normal, dann überstand D. eine Endometritis. Die siebente Geburt war Abort von vier Monaten, und während dieser letzten Schwangerschaft leidet sie an einer Nierenaffektion. Der Urin ist eiweisshaltig und enthält einige kurze granulierte Cylinder, sonst keine Formelemente.

Decrepide Frau, in der Geburt wegen Abweichung des Kopfes zur Klinik gebracht. Kein Fieber, aber reichlich Eiweiss und Cylinder; Hydramnion; andauerndes Erbrechen. Die schwache Frau vermag den grossen Kopf nicht durch die Beckenenge zu pressen, deshalb Zange. Ein kleiner Dammriss blutet und wird, um jeden Blutverlust zu vermeiden, sofort genäht; trotzdem blutet es aber zeitweise weiter und zwar aus dem Innern des Uterus. Da

nach ½ Stunde ca. 400 gr Blut trotz Massage abgegangen sind, wird ein Expressionsversuch gemacht. Die bis dahin noch nicht vorgerückte Nabelschnur tritt zwar 10 cm tiefer, dann aber hört jeder Fortschritt trotz mehrfacher Versuche auf. Daher Eingehen mit der Hand; dieselbe findet im Muttermund den unteren Pol der Placenta gelöst; doch haftet der grösste Teil derselben noch fest. Besondere Schwierigkeiten bietet die Lösung der derben Randpartien und einige strangartige Verwachsungen im Fundus nach beiden Tubenecken hin, die nur durch Abkneifen mit den Fingernägeln gelöst werden können. Nochmalige Revision und Spülung mit 50 % Alkohol, worauf die Blutung steht. Eine Untersuchung nach acht Tagen ergiebt folgenden Befund: Der Muttermund ist noch ziemlich weit geöffnet; 1½ cm darüber an der Vorderwand beginnt die Insertionsstelle, die bis an den Fundus reicht, beiderseits sich bis zu den Tubenecken erstreckt, ohne dort besonders ausgedehnt zu sein. Die Hinterwand ist glatt.

Der Eiweissgehalt schwindet im Harn fast vollständig, und bei der Entlassung sind auch keine Formelemente mehr nachzuweisen.

XXX. G. 1898. J.-No. 353.

32 Jahre alt. Sechste Schwangerschaft.

Die drei ersten Geburten waren vollständig normal, dann aber zog sich G. einen Mutterfehler zu und bekam in hiesiger Klinik einen Ring eingelegt. Die Folgen dieses Leidens waren zunächt eine Frühgeburt im siebenten Monat und dann ein Abortus im sechsten Monat.

Die jetzige Schwangerschaft besteht etwa in der achtundzwanzigsten Woche. Prolapsus uteri vor der Schwangerschaft: Vorfall der hypertroph- und elong. Cervix in grav.; vergeblicher Versuch im Heimatsort in den Uterus zu gelangen und zu wenden, daher wird Patientin der hiesigen Anstalt überwiesen.

Neben Fieber von 38,5 bestand stinkender Ausfluss mit Vorfall der nicht mehr pulsierenden Nabelschnur. Eine

Untersuchung ergiebt Querlage. Embryulcie in Narkose. Eine genaue Beschreibung dieses Falles ist zwar schon von Herrn Geheimrat Ahlfeld veröffentlicht, aber gerade dieser Fall scheint mir für diese Arbeit von so ausserordentlicher Bedeutung zu sein, dass es mir gestattet sein möge, die Hauptpunkte besagter Beschreibung mit den eigenen Worten des Autors wieder zu geben. Herr Geheimrat Ahlfeld schreibt über den Fall in der Zeitschrift für praktische Aerzte, Band 8, 1899, Heft 13, folgendes:

Der septischen Endometritis halber ordnete ich eine frühzeitige Expressio placentae an, um dann sofort eine Alkoholausspülung des Uterusinnern vornehmen zu können. Die Expression gelang uns nicht trotz mehrerer Versuche, deshalb musste die künstliche Entfernung durch innere Handgriffe vorgenommen werden.

Da die Blutung minimal war, so konnte in aller Ruhe vorgegangen werden.

Herr Dr. W., der jüngste Assistent, ging behutsam in die Uterushöhle ein und fand die Placenta in ihrem ganzen Umfang adhärent. Vom Rande anfangend, löste er kleine Bröckel los, kam aber nur sehr langsam zum Ziele und brachte nur sehr wenig Plazentargewebe zu Tage.

In der Meinung, es sei dies die Folge seiner Ungeübtheit, veranlasste ich Herrn Dr. K., meinen erfahrenen ersten Assistenten, die Lösung zu beenden. Aber ihm ging es gerade so. Er stellte fest, dass die Plazenta fest anhaftete, und nur mit grösster Mühe kleine Stückchen von der Uteruswand sich lösen liessen. Trotz längerer Manipulationen gelang die Entfernung nur ganz unvollkommen. Da auch bei diesem Versuche Blutung nicht stattfand, so liess ich zunächst den Uterus reichlich mit 50 % Alkohol ausspülen und ihn fest mit Jodoformgaze ausstopfen. Der Unterleib wurde mit einer Eisblase bedeckt.

Die Temperatur war auf 39,7 in die Höhe gegangen, der Puls betrug 116.

Die Halbentbundene schlief leidlich und zeigte am nächsten Morgen eine Temperatur von 37,7 und 92 Puls.

Nachmittags 2 Uhr wurde die Tamponade entfernt. Dem letzten Streifen adhärierte die 15 cm lange, 7 cm breite hochgradig zerfetzte Plazenta. Nach einer nochmaligen Alkoholausspülung wurde wiederum tamponiert und abends 8 Uhr der Tampon entfernt. Der Uterus zeigte sich in fester Kontraktion. Eine heftige Bronchitis störte die Genesung. Erst vom zehnten Tage an war Patientin fieberfrei. Eine Genitalerkrankung war nicht nachzuweisen.

Von hohem wissenschaftlichem Interesse ist dieser Fall aus dem Grunde, weil die von geübter Hand als fest verwachsen erkannte Plazenta sich später in toto spontan gelöst hat. Wir wissen auch so wenig über die anatomischen Verhältnisse bei Placenta accreta, dass eine derartige klinische Beobachtung unsere volle Aufmerksamkeit verdient.

Nicht minder gewinnt der Fall eine praktische Bedeutung. Es war zum ersten mal in meiner doch ziemlich ausgedehnten geburtshülflichen Thätigkeit, dass die Herausnahme einer verwachsenen Plazenta nicht gelang; abgesehen von den wenigen ganz unglücklichen Fällen, wo ich kurz vor dem letalen Ausgange gerufen worden war.

Als ich im vorliegenden Falle nach den vergeblichen Lösungsversuchen die Ausspülung und Tamponade des Uterus anordnete, hoffte ich durch diese Massnahmen eine Erweiterung des Muttermundes zu erzielen, um dann später einen neuen Versuch, die Plazenta zu lösen, leicht vornehmen zu können. Zugleich sollte die Tamponade mit Jodoformgaze die Zersetzungsvorgänge im Innern der Gebärmutter etwas verzögern. Statt dessen war der Erfolg ein ganz überraschender. Die ganze Plazenta folgte dem Tamponadematerial.

Gewiss wird diese Beobachtung dazu auffordern, in Fällen, wo die Herausnahme der Plazenta nicht gelingt, das gleiche Verfahren einzuschlagen.

XXXI. Sch. 1899. J.-No. 60.

28 Jahre, stets gesund. Drei Geburten, von denen die letzte Gemini, vollständig normal, die Geburt des fünften Kindes normal.

Eine Stunde p. p. stand der Uterus am Rippenbogen, fühlte sich aber hart an. Aus der Scheide schaute ein dickes Blutkoagulum, während nach aussen nur 190 gr abgeflossen waren. Da dieser Befund auf einen pathologischen Vorgang in der Nachgeburtsperiode schliessen liess, zumal auch die an der Nabelschnur sogleich p. p. aufgesetzte Klemme keine Spur tiefer gerückt war, wurde zur Verhütung weiterer Blutungen in die Scheide, zur frühzeitigen Expressio placentae geschritten. Auf Massieren kontrahierte sich der Uterus fest, es war aber, nachdem beim ersten Expressionsversuch reichlich Coagula aus der Vagina entleert, trotz kräftigen Herabpressens des kontrahierten Uterus unmöglich die Plazenta herauszudrücken. Bei jedem Versuch füllte sich die vorher schlaff herabhängende, unterbundene Nabelschnur so stark mit Blut, dass sie sich streckte, aus welchem Symptom der Schluss gezogen werden konnte, dass der Plazentarkreislauf an der Lösungsstelle im Wesentlichen noch nicht unterbrochen war, dass vielmehr noch ein beträchtliches Stück der Plazenta mit dem Uterus in Contact sein musste. Aus diesem Grunde wurde nach gründlicher Desinfektion ein Versuch bimanueller Expression gemacht, jedoch ohne Erfolg. Darauf Eingehen mit zwei Fingern über den inneren Muttermund, wobei ca. drei Finger oberhalb desselben an der Hinterwand der Rand der noch fest anhaftenden Plazenta zu fühlen war. Diese Partie wurde mit den Fingern losgeschält, wobei man das Gefühl hatte, dass ein paar Stränge zerrissen werden mussten. Hierauf schob sich jetzt die Plazenta durch den äusseren Gegendruck leicht herab über den inneren Muttermund und wurde mit zwei Fingern gefasst und aus der Scheide entfernt.

Dies ist wieder einmal einer der wenigen Fälle, wo

die abnorme Adhärenz der Plazenta ohne nachweisbare Ursache vorlag.

XXXII. Sch. 1899. J.-No. 132.

28 Jahre, ziemlich kräftig gebaut. Erste Schwangerschaft.

Seit drei Wochen Schwellung der Beine, später auch der Hände und des Gesichtes; Flimmern vor den Augen, Kopfweh. Patientin wird vom Arzt mit der Diagnose: „Nephritis“ in die hiesige Anstalt geschickt. Neben den ausgedehnten Oedemen besteht Hydramnion und Anurie.

Kind mit sehr grossem Kopf. Eklamptischer Anfall nach Benutzung des Geburtsstuhles, daher in der Chloroformnarkose Zange am mittelhochstehenden Kopf. Das zwar noch mit Herzschlag, aber ohne Reaktion geborene Kind stirbt nach $^1/_2$ Stunde.

Noch bevor die Zange angelegt wurde, sind mittelst Katheter ca. 400 ccm schwarzbraunen Urins entleert worden, der stark eiweisshaltig ist und im Sediment reichlich rote Blutkörperchen, aber nicht mit Sicherheit Cylinder nachweisen lässt.

Vor Expression der Plazenta, die nach einer Stunde versucht wird, waren nur ein paar Tropfen Blut abgegangen. Beim Versuch entleeren sich nur reichlich grosse Blutkoagula (1200 gr), doch folgt die Nachgeburt selbst auf äusserst starken Druck nicht. Die strotzend gefüllte Nabelschnur schnellt sofort bei Nachlassen des Druckes wieder zurück. Daher wird zur manuellen Lösung der Plazenta geschritten, die an der hinteren Fläche des Uterus ziemlich fest sitzt. Da sich der Uterus nach einer Ausspülung mit 50 % Alkohol nur mangelhaft kontrahiert und noch immer eine mässig starke Blutung besteht, wird eine Ausspülung mit heissem (50° C) Alkohol vorgenommen, worauf der Uterus gut reagiert und die Blutung steht.

Vergegenwärtigen wir uns nun noch einmal kurz alle Fälle in Bezug auf ihre Ursache, so sind zunächst die Fälle hervorzuheben, die durch pathologische Veränderungen teils des Uterus selbst, teils der Eiteile hervorgerufen wurden. In erstere Reihe gehören die Fälle, bei denen die Uterusschleimhaut durch endometritische Prozesse oder durch frühere schwere Eingriffe anlässlich vorangegangener Geburten anatomische Veränderungen erfahren hatte (Fälle 14, 20, 23, 11, 30), während unter letztere Kategorie die Fälle von Nephritis und Lues zu zählen sind (29, 32, 7, 13). In einer anderen Reihe von Fällen handelte es sich nicht gerade um pathologische Vorgänge im Bereich der bleibenden oder auszuscheidenden Partieen, sondern hier war der Grund der Rentention in abnormem Sitz und Bau der Plazenta zu suchen. Es sind dies die Fälle von Placenta praevia (19, 22), Tubeneckenplazenta (27, 28), lappiger Plazenta (2, 21) und der verhältnismässig seltene Fall von Placenta marginata et circumvallata (24).

Anders verhält es sich mit den Fällen, in denen das expektative Verfahren nicht eingehalten werden konnte infolge der für die Gebärende bestehenden Lebensgefahr und zwar infolge profuser Blutung (4, 15, 17, 18, 26) und Eklampsie (8), wo also an Stelle des abwartenden Verfahrens das Credé'sche Verfahren treten musste. In Fall 5 war die Unterbrechung des expektativen Verfahrens unbeabsichtigt, da die Nachgeburt infolge eines Seufzers bei Gelegenheit der Dammnaht zu früh ausgepresst wurde, während die Ursache für das Zurückbleiben der Plazenta in Fall 3 bei der Beschreibung dieses Falles genau zu erklären versucht ist. In vier Fällen handelte es sich um reinen Spasmus des unteren Gebärmutterabschnittes (1, 10, 12, 16), nach dessen Lösung die schon vollständig gelöste Nachgeburt leicht folgte, die also streng genommen überhaupt nicht in Rechnung gezogen werden können. Somit bleiben nur noch vier Fälle übrig (6, 9, 25, 31), in denen die abwartende Methode im Stich gelassen hat, ohne dass ein Grund für

die Adhärenz der Plazenta zu finden war. Da man also, wie schon soeben erwähnt, die vier Fälle von Spasmus des unteren Gebärmutterabschnittes streng genommen gar nicht zu den hier in Frage kommenden Fällen rechnen kann, da sich ja die Plazenta schon vollständig gelöst vorfand, so bleiben nur noch 28 Fälle übrig, was also auf 5000 Geburten verrechnet den gewiss geringen Prozentsatz von 0,56 ergiebt.

Vergleichen wir nun einmal dieses Resultat mit dem an anderen Anstalten, so geschieht das am übersichtlichsten in folgender Tabelle:

Anstalt	Zahl der Geburten	Jahre	Lösungen	%
München	5250	81/97	22	0,42
Charité Berlin	4000	93|94 95|96	18	0,45
Erlangen	1000	90/94	5	0,50
Halle	2050	87/93	11	0,54
Hofrat Braun, Wien	2950	—	19	0,64
Giessen	1442	94/97	9	0,64
Heidelberg	421	97	3	0,71
Würzburg	2000	—	17	0,85
Berlin. Univ.-Frau.-Kl.	3500	88/91	30	0,86
Bonn	3630	85/94	31	0,86
Königsberg	1830	93/97	32	1,75
Jena	2533	64/88	47	1,88
Basel	4779	87/96	136	2,83
darunter bei	2165	89/93	100	4,62

Wir sehen also, dass der Prozentsatz der einzelnen Anstalten schwankt zwischen 0,42 und 4,62. Unwillkürlich drängt sich jedem Beobachter dieser Tabelle die Frage auf: „Woher kommen diese ausserordentlichen Schwankungen?“

Die Antwort für diese berechtigte Frage darf wohl hauptsächlich in der verschiedenen Behandlung der Nachgeburtszeit zu suchen sein.

Für diese Annahme spricht auch die Thatsache, dass gerade in der Arbeit, der die Angaben aus der Münchener Frauenklinik entnommen sind, scharf betont wird, dass an dieser Anstalt die Vorschriften der abwartenden Methode auf das peinlichste beobachtet worden sind, und dass diese Anstalt gerade den geringsten Prozentsatz aufzuweisen hat.

Dass die Marburger Anstalt, als strengste Vertreterin der abwartenden Methode, nach obiger Tabelle um 0,14 % hinter München zurücksteht, lässt sich wohl darauf zurückführen, dass die obige Arbeit viel weiter zurückgreift und dass ein grosser Teil der in Rechnung kommenden Fälle auf die ersten Jahre fällt, in denen diese Methode noch nicht so ausgebaut war wie in den letzten Jahren. Vergleicht man die gleichen Zahlen 91/97 mit der Münchener Klinik, so erhält man für die Marburger den Prozentsatz von 0,32, denn es sind unter 1875 Geburten nur sechs manuelle Lösungen nötig gewesen. Demnach würden trotz obiger Angabe von 0,56 % doch der Marburger Klinik der erste Rang in der Tabelle gebühren. Aus ganz demselben Grunde hat wohl auch die Klinik in Jena, die sogar in der Tabelle bis zum Jahre 1864 zurückgreift, den sehr hohen Prozentsatz von 1,88. Einen noch schlagenderen Beweis für die Annahme, dass die abwartende Methode hauptsächlich es ist, der wir den geringen Satz der nachgeburtshilflichen Eingriffe zu danken haben, liefern die Statistiken der Privatpraxis und der Polikliniken, wo sehr oft die abwartende Methode aus klarliegenden Gründen nicht eingehalten werden kann. So hat zum Beispiel die Berliner Poliklinik im Jahre 93/94 unter 2460 Geburten 100 Lösungen, das sind ca. 4 %, und Dr. med. Daumenlang hat eine Statistik der Geburten im Amtsbezirk Auerbach veröffentlicht, nach der er unter 2362 Geburten 79 Plazentarlösungen zu machen hatte = 3,3 %.

Die Methodik des abwartenden Verfahrens wie es an hiesiger Anstalt streng unter den Augen des Begründers durchgeführt wird, ist schon in der Einleitung der Arbeit

genau beschrieben worden; hier soll nur noch kurz die Methodik der Plazentarlösung erwähnt werden, wie sie jetzt wohl an allen Anstalten gelehrt wird. Dieselbe ist folgende:

Nachdem sorgfältige Ausspülung der Scheide vorausgegangen ist, wird mit der aufs sorgfältigste desinfizierten Hand längs des Nabelstranges in die Höhe gegangen, die Gebärmutter mit der anderen Hand von aussen sich entgegendrängend. Findet man den Contraktionsring verengt, und die Plazenta mit einem Rand aus ihm herausschauend, so versucht man die Extraktion derselben am vorliegenden Teile. Ist die Plazenta vollständig zurückgehalten, so muss man sich mit der keilförmig zusammengelegten Hand Zugang zur Uterushöhle verschaffen, und findet man dort die Plazenta gelöst, so fasst man den vorliegenden Teil mit den Fingerspitzen und führt sie durch den engen Ring hindurch nach aussen. Ist aber die Plazenta noch zum Teil oder gänzlich adhärent, so ist man zur Lösung derselben genötigt. Vom Rand aus dringt man mit sägenden Bewegungen der Kleinfingerseite der Hand zwischen Plazenta und Uteruswand vor. Etwa festere Stränge kneift man mit zwei Fingern durch und, hat man auf diese Weise die Plazenta losgemacht, so zieht man die Hand zurück, fasst den tiefsten Rand der Plazenta und extrahiert sie. Darauf folgt intrauterine Ausspülung mit 50 % Alkohol. Dauert die Blutung fort, so muss man eine Revision des Uterus vornehmen, indem man die Gebärmutter über zwei Finger stülpt und durch Abstreifen mit der Fingerspitze alle etwa noch zurückgebliebenen Plazentar- und Eihautreste abstreift.

Betrachten wir nun noch die 32 resp. 28 in Frage kommenden Fälle in Bezug auf ihre Morbidität und Mortalität, so sehen wir, dass nur in ganz einzelnen Fällen eine ganz geringe und nur kurzdauernde Temperatursteigerung zu beobachten war, die schon in kürzester Zeit zur Norm zurückkehrte, und dass sonst in allen Fällen der schwere Eingriff von der Frau vollkommen reaktionslos

ertragen wurde. Letal endeten nur die beiden Fälle, in deren einem die Frau schon mit Fieber in die Anstalt gebracht wurde und der andere Fall, in welchem die ausserhalb der Klinik gesetzte Wunde die Eingangspforte für die Infektion bildete, für die die Anstalt also nicht verantwortlich gemacht werden kann.

Demnach beträgt der Prozentsatz sowohl an schweren Wochenbetterkrankungen als auch an Todesfällen, die der Anstalt zur Last fallen 0 %, der übrigen Fälle mitgerechnet 6,30 % Todesfälle. Vergleichen wir damit einmal die Resultate anderer Institute, so finden sich noch weit grössere Schwankungen als in der Tabelle 1.

Anstalt	Zahl der Lösungen	Erkrankungen	Todesf.	%
München	22	—	4	ca. 18 %
Erlangen	5	—	1	20 „
Braun (Wien)	19	—	2	ca. 10 „
Würzburg	17	1	4	ca. 23 „
Berlin. Univ.-Frau.-Kl.	30	3	4	7,5 „
Bonn	31	—	7	22 „
Königsberg	32	16 (50 %)	4*)	12,5 „
Jena	47	27 (57 %)	3	6,3 „
Basel	136	36 (26,4 %)	3	2,2 „

Woher die vielen Fieberfälle in den drei letzten Anstalten stammen, ist nicht aus den Arbeiten zu ersehen, es ist aber wohl anzunehmen, dass auch alle nicht puerperalen Fieberfälle mitgerechnet sind. Von den übrigen in Tabelle 1 angeführten Instituten war leider aus der mir zur Verfügung stehenden Litteratur nichts zu ersehen; ebenso verhielt es sich mit den fehlenden Fieberfällen der obigen neun Anstalten.

Der Durchschnitt der Todesprozentsätze aller neun

*) Ausserdem noch ein Todesfall, der aber auch mit hohem Fieber eingeliefert wurde.

Anstalten beträgt demnach 13,5 %. Wenn nun auch hier und da unglückliche Verhältnisse mitsprechen, so kann das aber doch unmöglich für die Mehrzahl angenommen werden, und man muss daran denken, dass viele der zur Geburt kommenden Personen schon auswärts infiziert wurden. Vielleicht spricht auch der Desinfektionsmodus mit.

Die günstigen Resultate der Marburger Anstalt sind gewiss zum Teil auf das sicher wirkende und streng durchgeführte Desinfektionsverfahren zu beziehen.

Dieselbe wird folgendermassen ausgeführt: Nachdem die Nägel möglichst gekürzt und die Nagelbetten gesäubert sind, wird die Hand fünf Minuten mit heissem Wasser und Seife energisch gebürstet, auch wieder besonders die Umgebung der Nägel berücksichtigend. Das Wasser wird bei dieser Prozedur oft erneuert. Dann wird die untersuchende Hand mit einem in absoluten Alkohol getauchten Flanelllappen fünf Minuten energisch gerieben. Vor der Untersuchung taucht man die Hand in 3 % Seifenkresollösung, um sie schlüpfrig zu machen und das schmerzhafte Anbringen von absolutem Alkohol an die Geschlechtsteile zu vermeiden.

Herr Geheimrat Ahlfeld hat nachgewiesen, dass man bei gewissenhafter Befolgung dieser einfachen Methode jede Hand vollkommen steril machen kann, und der Erfolg spricht mehr dafür als alle anderen Beweise.

Man sieht aber auch ferner, dass bei gewissenhafter Befolgung dieser Desinfektionsmethode der Eingriff für die Frau keine so unbedingte Lebensgefahr in sich schliesst, wenigstens nicht, wenn er sogleich nach der Geburt vorgenommen wird. Anders verhält es sich freilich, wenn nach der Geburt schon einige Tage verstrichen sind, oder wenn eine Infektion schon vor der Geburt erfolgt war und die pathogenen Mikroben Zeit hatten, von der Scheide aus weiter zu wuchern.

Die Erfolge an der hiesigen Anstalt geben aber auch den Beweis, dass alle die unzähligen Versuche mit sterilen

Hüllen, wie Gummihandschuhen etc., die operierende Hand zu umgeben überflüssig sind; denn, wenn ich die Möglichkeit habe auf so bequeme Weise meine Hand steril machen zu können, brauche ich keine sterile Hülle mehr und anderenfalls, wenn die Infektion schon vorher eingetreten ist, nützt auch der sterile Ueberzug der Hand nichts.

Auf Grund dieser Beobachtungen können wir also die Desinfektion mit heissem Wasser, Seife und absolutem Alkohol nicht warm genug empfehlen.

Zum Schluss möge nun nur noch einmal der Fall XXX erwähnt sein. Vielleicht dürfte der oben angegebene überraschende Erfolg ein glücklicher Fingerzeig zu noch weiterem Ausbau und Modifikation der abwartenden Methode sein, in sofern als dieses Resultat wohl nicht mit Unrecht zu dem Schluss berechtigt, dass sich auf dieselbe Weise eine Anzahl der Fälle von pathologisch-adhärenter Plazenta wie in vorliegendem Falle, nach missglücktem manuellem Eingriff zu Ende führen lassen.

Wie weit diese Annahme von Erfolg gekrönt sein wird, muss die Zukunft lehren.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Ahlfeld für die liebenswürdige Ueberlassung des Themas und des Materials meinen besten Dank auszudrücken.

Litteratur.

Ahlfeld, Lehrbuch der Geburtshülfe.

„ Berichte und Arbeiten Band I und II.

„ Abwartende Methode oder Credé'scher Handgriff. Leipzig 1888.

A. f. G., Band 23, Band 17, Band 53, Heft 3.

G. Albertsdorff, In.-Diss. 1891. Beiträge zu den Störungen der Nachgeburtsperiode aus der Universitäts-Frauen-Klinik Berlin.

E. Baumann, Vergleichende Beobachtungen über das Credé'sche und expectat. Verfahren aus der Hallenser Klinik. In.-Diss. 1898.

Credé, Klinische Vorträge über Geburtshülfe. Berlin 1854.

Daumenlang, Beiträge zur Casuistik der Entbindungen. 1898.

Fehling, Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Gyn. 1888.

Findel, Die puerperal. Todesfälle der Münchener Frauen-Klinik 1891/97. In.-Diss. 1897.

Full, Bericht über 1000 Geburten der Kgl. Frauen-Klinik Würzburg. In.-Diss. 1899.

Genneper, Geburten und puerperale Todesfälle der Bonner Frauen-Klinik 1885/94. In.-Diss. 1894.

Guttmann, Ueber die Indicationen und Prognose der manuellen Placentarlösung. In.-Diss. 1895.

Hoffmann, Statistische Mitteilungen über Geburtshülfliche Operationen an der Frauen-Klinik Jena in den letzten 25 Jahren. In.-Diss. 1889.

Lachmansky, Fieber und Todesfälle im Wochenbett der Kgl. Univ.-Frauen-Klinik Königsberg 1893/97. In.-Diss. 1898.

Matthes, Bericht über 1000 Geburten der Kgl. Universitäts-Frauen-Klinik Würzburg. In.-Diss. 1894.

M. f. G., Band 17, Seite 279 u. flg.

Münneckehoff, Die Fälle künstlicher Lösung der Plazenta nebst Folgen der Münchener Universitäts-Frauen-Klinik 1892/96. In.-Diss. 1897.

Narval, C. de, Ueber Morbilität und Mortal. des Puerperalfiebers an der Klinik in Basel 1887/96. In.-Diss.

Pflugk, Die Resultate der abwartenden Methode in der Nachgeburtsperiode an der Marburger Entbindungsanstalt in den Jahren 1883/93. In.-Diss. ungedruckt.

Roepke, Ueber Morbil. und Mortal. in der Erlanger Entbindungsanstalt 1890/94. In.-Diss. 1895.

Reibmeyer, Die Technik der Massage. Wien 1884.

Schröter, Statistik der fieberhaften Puerperalprozesse an der Giessener Frauen-Klinik 1894/97. In.-Diss. 1898.

Schmidt, Die puerperale Morbil. und Mortal. der Hallenser Frauen-Klinik 1887/93.

Schultze, S. B., Wandtafeln der Schwangerschaft und Geburtskunde.

Lebenslauf.

Am 17. Juli 1872 als Sohn des Pfarrers Otto Eisenberg und dessen Ehefrau Wilhelmine Dorothea geb. Reimann zu Wichte geboren, genoss ich meine erste Schulbildung im väterlichen Hause. Von Michaelis 1885 bis Michaelis 1893 besuchte ich das Gymnasium zu Hersfeld, das ich mit dem Zeugnis der Reife verliess, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Vom Herbst 1893 bis incl. Sommersemester 1895 studierte ich in Marburg und bestand am 2. August das Tentamen physicum daselbst mit dem Prädikat „gut". Vom 1. Oktober 1895 bis 1. April 1896 genügte ich meiner Militärpflicht im kgl. Bayr. Inf.-Leib-Reg. 1. Comp. zu München, besuchte noch ein Semester im Anschluss daran die dortige Universitas. Im Wintersemester 1896/97 kehrte ich wieder nach Marburg zurück und bestand dorten das Staatsexamen am 23. Juni 1898 mit dem Prädikat „gut" und am 27. Juni 1898 das Examen rigorosum.

Meine Lehrer waren während dieser Zeit:

Ahlfeld, Bauer, Bollinger, Gasser, Hess, von Heusinger, Kohl, Korscheld, Kossel, Külz, Küster, Lahs, Mannkopff, Marchand, H. Meyer, A. Meyer, Melde, Müller, Nebelthau, Saxer, Schmidt, Strahl, v. Winckel, Ziegler, v. Ziemssen, Zincke, Zumstein.

Dem zweiten Halbjahr meiner activen Dienstzeit genügte ich beim Hess. Feld-Art.-Reg. Nr. 11 zu Kassel; im Anschluss daran machte ich meine sechswöchentliche freiwillige Reserveübung und wurde laut A. C. O. am 26. August 1899 zum Assistenzarzt befördert.